

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

274

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

VUONG-QUANG-TRUONG

Né le 1^{er} Janvier 1910, à Gocong (Cochinchine Française).

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 1943.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
VOLVULUS DU COECUM

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VUONG-QUANG-TRUONG.**

Prénom :

Date de soutenance : 29 juin 1943.

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

VUONG-QUANG-TRUONG. —
Contribution à l'étude du vol-
vulus du cœcum. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1943, in-8,
53 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1943, N°).

VUONG-QUANG-TRUONG. —
Contribution à l'étude du vol-
vulus du cœcum. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1943, in-8,
53 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1943, N°).

VUONG-QUANG-TRUONG. —
Contribution à l'étude du vol-
vulus du cœcum. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1943, in-8,
53 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1943, N°).

VUONG-QUANG-TRUONG. —
Contribution à l'étude du vol-
vulus du cœcum. — Paris,
Imp. R. Foulon, 1943, in-8,
53 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1943, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE



POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

VUONG-QUANG-TRUONG

Né le 1^{er} Janvier 1910, à Gocong (Cochinchine Française).

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 1943.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
VOLVULUS DU COECUM

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1943



DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon

DOYEN BAUDOUIN

ASSESEUR LÉON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCC.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale Infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	N...
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P-VALLERY-RAOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIERS.
Clinique urologique	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

Hydrologie thérapeutique et climatologie	MM. JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale et Médecine du Travail	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie expérimentale et comparée	BENARD (Henri)
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*),
 RICHEL (*Physiologie*), VERNE, (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.		DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie	DELARUE.	Médecine	LELONG.
pathologique ..	Mlle GAUTHIER.	générale	LENEGRE.
	VILLARS.		MARCHAL.
Bactériologie ..	BONNET.		MOLLARET.
Chimie médicale ..	N...		MOUQUIN.
	AMELINE.	Médecine légale ..	SOULIE.
	FEVRE.		DESOILLE.
	FUNK-		DIGONNET.
	BRENTANO.	Obstétrique ...	LACOMME.
Chirurgie	MENEGAUX.		SUREAU.
générale	PATEL.		N...
	SICARD.	Ophthalmologie ..	RENARD.
	N...	Oto-rhino-	
	N...	laryngologie ..	HALPHEN.
	N...	Parasitologie ..	LAVIER.
Histologie	BULLIARD.	Parasitologie	
Hydrologie	N...	coloniale	N...
Hygiène	N...	Pathologie	
		expérimentale ..	LEMAIRE.
	BARIETY.	Pharmacologie ..	Mlle J. LEVY.
	BERNARD (Et.).		N...
	BOULIN.	Physiologie	N...
	BROUET.		N...
Médecine	CACHERA.	Physiologie	
générale	COSTE.	médicale	DESGREZ (H.)
	DELAY.	Thérapeutique ..	TURPIN.
	GARCIN.	Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

Clinique chirurgicale . . .	MM. GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique O. R. L.	MM. HALPHEN.
Clinique obstétricale . . .	ECALLE.	Clinique médicale	ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU.

V. — CHARGES DE COURS

Puériculture	MM. LELONG	Stomatologie	MM. DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX- LEBARD.		

Secrétaire de la Faculté	MM. J. MOREL
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..	A. HAHN.
Bibliothécaires	Mmes DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*A qui j'aurais voulu tant offrir
ce faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.*

A MA MERE

*Dont la tendresse constante est
pour moi durant cette longue
absence un solide réconfort moral.*

*Qu'elle trouve ici le gage de mon
dévouement et de ma tendresse
filiale.*

A LA MEMOIRE DE MON FRERE AINE

Disparu trop tôt.

*Je dédie ce modeste ouvrage, faible
témoignage de mon affection.*

A MES FRERES ET SŒURS

*En témoignage de mon profond
amour fraternel et de reconnaissance pour les sacrifices qu'ils se
sont imposés et pour les conseils
éclairés qui m'ont toujours guidé
dans cette voie.*

A MES NEVEUX ET NIECES

Toute mon affection.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SENEQUE

Professeur de la Chaire de Clinique thérapeutique chirurgicale
de l'Hôpital de Vaugirard

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*En témoignage de ma profonde et
respectueuse reconnaissance.*

A MES MAITRES
PROFESSEURS A LA FACULTE DE MEDECINE
ET MEDECINS DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE GONESSE (S.-&-O.)

A MES CAMARADES
DE L'INTERNAT DE L'HOPITAL DE GONESSE

A MES AMIS

INTRODUCTION

Le volvulus du cœcum est une affection rare en France, alors qu'elle est fréquente chez les Scandinaves et les Slaves.

De diagnostic difficile, le volvulus du cœcum est presque toujours passé inaperçu à l'examen clinique et le diagnostic vrai ne se fait le plus souvent qu'à l'intervention.

Si nous avons décidé de rédiger ce modeste travail, c'est parce que nous avons eu — au cours de notre internat à l'hôpital de Gonesse — l'occasion unique de voir un cas de cette affection rare en France, car en fouillant les annales chirurgicales, nous constatons qu'il n'existe qu'un petit nombre d'observations rapportées.

Après un court historique, un rappel bref de l'anatomie du cœcum, la définition, l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie de cette maladie, nous donnerons quelques observations dont une personnelle.

Nous parlerons ensuite de la symptomatologie, de la radiologie qui, à l'époque actuelle, apporte une aide précieuse au diagnostic si délicat du volvulus du cœcum, enfin du traitement.

HISTORIQUE

Le volvulus du cœcum est une affection assez rare, puisqu'il ne forme que 10 % des cas de volvulus, alors que le volvulus de l'S iliaque par exemple donne une proportion de 50 %.

C'est à Z. VON MANTEOFFEL que revient le mérite d'avoir décrit, le premier, le volvulus du cœcum, au congrès de Chirurgie de Berlin en 1898.

En tirant les éléments d'une étude présentée à la Société de Médecine de Finlande, FALTIN en 1908 en rassembla 75 observations dont 25 personnelles. Il montrait que la plus ancienne observation remonterait à ROKIOANSKY en 1841.

D'autres cas moins anciens seraient dûs à HEINDENIUS, à EPPINGER, à GRAVITZ, à BRUHNS, à OBALINSKI, enfin à LEGUEU en 1897.

TRÈVES en 1888 parla de la torsion du cœcum sur son axe propre ou sur son méso.

D'autres tels que CAVAILLON, DELVOYE, MÉRIEL, GUILBÉ, LAPEYRE, DUROUX, DUVAL ont également fait des travaux sur le volvulus du cœcum.

En France, malgré sa rareté, cette variété d'occlusion a été bien décrite dans plusieurs mémoires. C. LENORMANT en 1910 dans une communication au congrès de chirurgie en citait 13 cas observés en France.

Enfin le mémoire le plus important de ces dernières années est celui de GATELLIER, MOUTIER et PORCHER.

ANATOMIE

Le cœcum revêt la forme d'une ampoule ou d'un cul de sac, qui se continue en haut avec le colon et qui se termine en bas par une extrémité fermée et plus ou moins régulière arrondie : le fond du cœcum.

Sa longueur très variable suivant les sujets, plus grande chez le vieillard que chez les jeunes sujets, mesure en moyenne de 4 à 8 centimètres. Son diamètre transversal varie de 5 à 7 centimètres. Sa capacité est de 200 à 300 cm³.

MOYENS DE FIXITÉ. — A l'état normal, le cœcum entouré sur tout son pourtour par le péritoine flotte librement dans sa loge cœcale. Il est cependant fixé en deux endroits :

a) en haut, au niveau du point où il se continue avec le colon ascendant;

b) en bas et en dedans, au niveau de l'angle iléo-cœcal. Il est maintenu en haut par le repli du péritoine qui attache le colon ascendant à la paroi abdominale postérieure (ligament supérieur de TUFFIER) et qui n'est autre que l'origine du méso-colon ascendant; il est maintenu en bas et en dedans par l'insertion de la partie inférieure du mésentère à la fosse iliaque (ligament inférieur de TUFFIER).

Malgré la présence de ces deux ligaments, le cœcum se meut sur place avec une grande facilité. Il peut être

aisément, par exemple, attiré hors de la cavité abdominale dans les interventions sur la région. Pour le même motif, il peut s'engager dans un trajet herniaire.

SITUATION ET LOGE CŒCALE. — Le cœcum est situé dans la fosse iliaque droite. Il occupe une sorte de loge, la loge cœcale, dans laquelle sa position est variable. Le plus souvent il la remplit presque complètement. Il se dirige alors obliquement de bas en haut, de gauche à droite, d'avant en arrière et son extrémité inférieure libre, ordinairement incurvée en dedans, arrive jusqu'à l'arcade crurale : c'est la position ordinaire, celle que l'on rencontre le plus fréquemment et que l'on peut considérer comme la position normale chez l'adulte du moins.

D'autres fois, le cœcum n'occupe que la partie supérieure de la loge. Il est presque sous le foie. C'est la position haute. On ne la rencontre que trois fois sur cent à l'âge adulte.

D'autres fois au contraire, le cœcum n'occupe que la partie toute inférieure de la loge. C'est la position basse.

Enfin dans quelques cas rares, le cœcum ne se trouve pas contenu dans sa loge. Il occupe une position quelconque dans la cavité abdominale.

DEFINITION

La définition du volvulus du cœcum soulève une question assez délicate. En quoi consiste cette lésion ?

Z. VON MANTEOFFEL distinguait deux variétés :

- 1) La torsion autour de l'axe du cœcum;
- 2) La torsion autour de l'axe du méso auxquelles FALTIN ajoutait la coudure oblique du cœcum, ce que les Allemands appellent la transposition (verlagerung) du cœcum.

CAVAILLON et DELVOYE ont mieux fixé cette anatomie pathologique en revenant sur la longueur plus ou moins grande du méso. Ils reconnaissent quatre types :

- 1) Torsion du cœcum seul;
- 2) Torsion du cœcum et d'une partie de l'intestin grêle;
- 3) Torsion du cœcum et d'une partie étendue du colon ascendant;
- 4) Rotation associée du cœcum, du colon ascendant et du grêle.

Il est évident que la distinction établie entre la torsion isolée du cœcum et la torsion associée du cœcum et du colon est purement schématique, parce que cœcum et colon ascendant n'ont pas de limites réelles.

Aussi LAPEYRE propose-t-il deux divisions seulement :

- 1) Torsion isolée du cœcum et du colon ascendant;

2) Torsion associée de la fin de l'iléon du cœcum et du colon.

La bascule du cœcum et du colon autour de leur axe transversal, leur rotation autour de leur axe vertical, ou de leur méso, réalise la torsion isolée de ce segment intestinal.

Ce mouvement de bascule amène le cœcum vers le haut, vers l'épigastre. C'est le cœcum erectum des Allemands.

Mais comme l'axe de bascule n'est pas toujours exactement transversal, le relèvement du cœcum se fait dans une direction plus ou moins oblique. C'est le plus souvent dans l'hypocondre gauche qu'on trouve le fond du cœcum. C'est à cette catégorie de lésions qu'il faut rattacher les lésions décrites sous le nom de cœcum mobile par KLOSE et WILMS.

Les torsions isolées par rotation exigent certaines conditions pour se réaliser, soit autour de l'axe vertical du cœcum, soit autour du méso-cœcum. Il importe que le fond du cœcum soit libre pour que le mouvement de torsion puisse le porter tantôt de droite à gauche, tantôt de gauche à droite. Par contre la rotation autour du méso, répond à un cœcum avec méso secondaire. Ce méso est acquis, car s'il s'agissait d'un méso primitif, sa continuité avec le mésentère entraînerait forcément l'iléon et nous n'aurions plus une torsion isolée, mais une de ces torsions associées.

De tout ceci, il en résulte que le volvulus du cœcum n'est pas une torsion limitée de l'organe. Il y a participation soit du grêle — iléon — soit du colon ascendant. La variété commune c'est : cœcum + colon ascendant.

ETIOLOGIE

Il existe deux causes prédisposantes :

- a) la race,
- b) l'alimentation.

La race est un facteur important, car tous les cas publiés appartiennent à la Russie, la Finlande, la Pologne et les pays du Nord.

L'alimentation est le second facteur.

En effet, le régime végétarien étant le régime alimentaire ordinaire des Slaves et des Scandinaves, leur intestin sera frappé de cette distension atonique qui favorise ultérieurement les volvulus du cœcum. D'autre part, l'alimentation presque purement végétale, laisse beaucoup de résidus non digestifs et détermine une ectasie pour ainsi dire chronique du cœcum et du gros intestin.

A ce sujet mentionnons que les expériences de HYRTH sur les animaux ont prouvé que si le régime végétarien exclusif ne provoque pas d'allongement de l'intestin, il tend par contre à le dilater, à provoquer la typhlatonie.

INFLUENCE DU SEXE ET DE L'ÂGE. — Le volvulus du cœcum est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, 75 % environ, et frappe en général les sujets jeunes entre 20 et 40 ans 60 % des cas.

Comme autres étiologies, nous pouvons citer les alternatives brusques de repas abondants et de jeûnes.

Comme causes accessoires, citons le rôle douteux de la gravidité, et de l'accouchement, des tumeurs pelviennes, les inflammations antérieures aiguës, subaiguës ou chroniques de la région iléo-cœcale dont la conséquence est la formation de brides, d'adhérences et surtout de méésentérite rétractile.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Du point de vue anatomie pathologique, il convient de décrire :

A. — Les lésions préexistantes au volvulus, qui sont d'une extrême fréquence.

Ce sont d'abord :

1) Les lésions d'ordre congénital. Le défaut d'accolement du méso-colon droit, la mobilité anormale de l'anse iléo-cæco-colique droit permettant à la fois les bascules, les changements de position et les rotations de ce segment intestinal. Cette malformation est la condition nécessaire pour tout volvulus,

2) Les lésions d'ordre pathologique : existence de brides péritonéales ou épiploïques, d'adhérences, de cordes fibreuses, de mésentérite rétractile.

B. — Les lésions propres dûs au volvulus.

Dans les cas de volvulus aigus d'emblée : rupture ou perforations spontanées — parfois à l'occasion des manœuvres opératoires — par suite de la distension brusque de l'intestin entraînant un amincissement extrême des parois.

Dans les volvulus secondairement complétés : mégacæcum avec hypertrophie des parois.

Dans les torsions serrées : thrombose des vaisseaux, du méso; infarctus hémorragiques, nécrose.

Péritonites diffuses possibles par transudation microbienne à travers les minces parois du cœcum. En effet cette énorme poche cœcale est un véritable sac où se développent bactéries et microbes et où s'accumulent les gaz et les toxines.

PATHOGENIE

L'anatomie pathologique et l'étiologie nous ont montré que la mobilité (congénitale) et la distension ((acquise) étaient les causes prédisposantes à la production des torsions intestinales.

Etudions maintenant leur action pathologique.

La mobilité cœcale que WILMS et KLOSE ont décrit sous le nom de cœcum mobile peut favoriser soit des ébauches de torsion, soit des torsions complètes (bascule cœcale, cœcum erectum).

La torsion étant ébauchée, l'arrivée du bol fécal, sa propulsion progressive, les mouvements de la paroi abdominale, les attitudes, les efforts rejetant à droite ou à gauche, le cœcum dilaté et alourdi vont engendrer le volvulus (MÉRIEL).

Certains malades utilisent cette mobilité du cœcum pour faire cesser les crises en pressant la position inverse de celle qui les leur avait données.

Si la torsion est complète, la distension ajoute son action à celle de la mobilité. Mais la mobilité est la condition primordiale. La distension peut aussi être produite par une bride placée sous l'angle droit du colon.

Une fois la torsion produite, l'arrivée continuelle des gaz et des liquides dans le cœcum achève la torsion. De plus le méso s'infiltré, perd sa souplesse et s'oppose à la détorsion.

Conséquences de cette torsion : syndrome de l'obstruction intestinale, ou ceux résultant de l'étranglement du méso et de la gêne de la circulation mésentérique. Quand il y a participation du méso, les troubles circulatoires suivent de près et la gangrène apparaît rapidement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

WILMOTH (in : Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie. Séance du 20 février 1929).

Femme de 74 ans. Entrée à la Pitié dans l'après-midi du 17 décembre 1928. — Lorsqu'on l'examine le 18 au matin, on constate qu'elle présente un ballon abdominal considérable. Le ventre est fortement saillant sur la ligne médiane. Quelques anses intestinales dessinent discrètement sous la paroi distendue, des mouvements de reptation, à intervalles irréguliers.

L'interrogatoire nous apprend que la malade n'a pas été à la selle depuis six jours, qu'elle ne rend aucun gaz, qu'elle a quelques vomissements. Le faciès est altéré, la langue est sèche, recouverte d'un enduit brunité; le pouls est mal frappé, la température est normale.

On a l'impression qu'il s'agit d'un volvulus sans autre précision et l'on décide d'intervenir sans tarder.

Opération sous-anesthésie générale au chloroforme.

Incision médiane sous-ombilicale. On voit les anses grêles de coloration normale mais très distendues. Tout de suite, à droite de la ligne médiane et remplissant toute la fosse iliaque droite et le flanc droit, on trouve une anse intestinale énormément distendue, de couleur violacée, très lourde qui se laisse soulever et qui présente sur sa face antérieure un sillon profond dirigé de haut en bas et de gauche à droite. En soulevant l'ansé distendue, on voit qu'une anse grêle passe derrière elle et vient aboutir sur son flanc externe. Il s'agit donc du cœcum. En prenant cette anse

à pleines mains, on lui fait décrire un tour complet et un demi-tour en sens inverse des aiguilles d'une montre. Cela fait, iléon et cœcum ont repris une situation quasi-normale. Mais le cœcum ne se vide pas et on constate alors sur le colon descendant, une bride épaisse comme un ligament de BERTIN, tendue d'un paquet d'anses grêles au péritoine de la fosse iliaque interne droite. On la sectionne et on se rend compte alors que l'iléon, le cœcum et le colon ascendant ne sont pas fixés comme normalement à la paroi abdominale postérieure; ils ont conservé la disposition fœtale.

Malgré la détorsion du segment cœco-colique et la section de la bride, le cœcum ne se vide pas; il reste lourd. On décide de le fistuliser; mais en raison de l'état précaire de la malade, et pour aller vite, une sonde de PETZER est implantée dans le cœcum et maintenue par un fil de lin en bourse, le cœcum est fixé à quatre fils de lin en bourse, à l'extrémité inférieure de l'incision médiane dont le reste est fermé en un plan par trois fils de bronze. Les suites sont normales; la malade quitte l'hôpital en un bon état, trois semaines après l'intervention.

OBSERVATION II

LENORMANT. (in : Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie. Séance du 20 février 1929).

Femme de 43 ans. — Entrée à la Pitié le 28 février 1927.

Cette malade a été prise, la veille, de douleurs très aiguës dans tout le côté droit du ventre, et de vomissements. La douleur persiste depuis lors, sans atténuation. A l'examen on trouve une sensibilité très vive dans l'hypocondre et la fosse iliaque droite avec contracture musculaire très marquée. La malade a tendance à tenir la cuisse droite fléchie. Le pouls est rapide, mais bien frappé. La température est à 38°4. On fait le diagnostic d'appendicite aiguë et on décide d'intervenir immédiatement.

Opération faite le 28 février 1927.

Anesthésie générale à l'éther.

La malade est très grasse.

Longue incision latérale droite, sur le bord externe du muscle grand droit. Le péritoine ne renferme qu'un peu de sérosité; pas d'adhérences. L'épiploon qui se présente d'abord est relevé et l'on arrive sur le cœcum et le colon ascendant énormément distendus, gros comme une tête d'enfant. L'appendice est gros, court, turgescent, mais sans pus et sans fibrine. Le cœcum et le colon ascendant sont pourvus d'un méso complet et présentent un début de torsion, avec rétrécissement à l'union du colon ascendant et du transverse, point où les gaz ne passent pas. Il y a en outre une lame vasculaire assez dense qui, de la paroi latérale de l'abdomen se porte sur le gros intestin en le comprimant. Après section de cette membrane et remise en place du cœcum et du colon ascendant, les gaz passent librement dans le transverse.

Appendicectomie. — Suture de la paroi abdominale au catgut et aux crins de Florence.

Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 13 avril 1927.

OBSERVATION III

Mondor. (in : Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, n° 21 du 23 juin 1934. Séance du 13 juin 1934).

Nous n'avons sans doute que des notions très insuffisantes sur la fréquence des diverses occlusions. En particulier, les volvulus de l'intestin sont certainement plus communs que l'indiquent les statistiques utilisables.

Lorsque le traitement de l'occlusion intestinale aiguë ne sera plus trop souvent limité au seul souci de drainage mais sera, comme de la péritonite aiguë, élargi jusqu'au traitement actif de la cause, les observations de volvulus du cœcum seront assez nombreuses et l'on n'en sera plus à quelques douzaines de cas.

J'en ai vu un exemple, il y a quelques semaines. Contrairement à ce qui est ordinairement dit et qui, d'ailleurs surprend, il ne s'agissait pas d'un homme jeune, mais d'une femme âgée.

Dans son histoire, que des crises antérieures nettes, et au début de l'attaque, pas de détente. Manquaient donc deux des éléments

d'un trépied symptomatique proposé par FALTIN, trépied dont M. LENORMANT a déjà montré ici, l'instabilité. Plutôt que dans des notions étiologiques, c'est dans l'aspect du ventre qu'il m'eut mieux valu chercher les raisons d'un bon diagnostic. Là où le cœcum n'était plus il y avait une relative vacuité; là où il était, le ballon était particulièrement saillant, faisant penser par sa forme et son siège, à un estomac dilaté et très distendu.

La radiographie, si l'état présumé l'autorise, est d'un secours décisif. Les caractères distinctifs ont été bien précisés dans le service de M. DUVAL par PORCHER : le fond cœcal n'est pas au point déclive normal; les incisions transversales sont devenues plus obliques, enfin les contours de l'anse déclive présentent sur l'une de ses faces, une netteté rectiligne là où est sans doute, la charnière de torsion ou de flexion.

J'ai pu vérifier la valeur de ces signes chez la malade à qui j'ai fait allusion.

Chez la femme, une erreur facile est de croire dans le bassin, la cause de l'occlusion; peut-être parce que le ballon cœcal coiffe et immobilise l'utérus. C'est cette erreur que SAUVÉ a rapportée. C'est elle qui est, je crois, signalée chez une malade de M. ARROT dans la thèse de PENTHER.

Le cas que j'ai vu était d'une occlusion aiguë prolongée; mais il n'en est pas toujours ainsi. Le jour même où je voyais cette malade, mon ami LAURET voulait bien m'apporter le récit d'une forme suraiguë, comme j'en ai déjà recueilli, il y a quatre ans des exemples : un volvulus du cœcum avait compliqué une hystérectomie abdominale et avait en vingt-quatre heures gangrené l'intestin.

OBSERVATION IV

ROUX-BERGER. (in : Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, n° 21 du 25 juin 1934. Séance du 13 juin 1934.

J'ai observé une jeune femme opérée antérieure de fibrome et qui présentait ce que certains appellent « volvulus » du cœcum. Elle souffrait depuis des années, d'accidents douloureux avec pare-

xysmes, dans le côté droit de l'abdomen, avait été soignée pour cholécystite, avait fait des saisons à Vichy.

Le diagnostic fut établi par le Docteur Jacques DALSACE à qui j'avais confié la malade, et essentiellement sur l'étude radiologique.

Je trouvais un colon ascendant non accolé, une plicature sur un axe transversal, le cœcum se plaçant devant l'ascendant, le fond regardant en haut. De nombreuses adhérences cœco-coliques et épiploïques fixaient cette disposition. L'iléon était fixé au péritoine postérieur par deux brides du type de la bride de LANE déformant en W cette partie de l'intestin. Les brides et adhérences furent libérées, les surfaces péritonisées, l'appendice enlevé.

Aucune péxie. La malade a été considérablement améliorée.

OBSERVATION V

A. CHARRIER, J. LANGE, P. LAUMONIER et M. FERRADOU. (in : *Bordeaux Chirurgical*, avril 1936).

Mme X..., âgée de 54 ans, entre le 4 juin 1935 à l'hôpital Saint-André, pour occlusion intestinale. Deux jours auparavant, en pleine santé et sans aucun antécédent digestif, la malade fut prise de coliques violentes siégeant d'abord dans la fosse iliaque droite, puis dans le flanc et l'hypocondre gauches. Deux vomissements bilieux. Pas de température. Pouls à 80. Faciès altéré.

L'abdomen frappe aussitôt par son météorisme asymétrique ; il existe au niveau du flanc et de l'hypocondre gauche un ballon sphérique du volume d'une tête d'adulte, de consistance élastique et d'une sonorité tympanique. Pas de péristaltisme. Pas de signes d'ascite. Le toucher rectal ne montre rien de spécial ; le sphincter n'est pas relâché, la muqueuse rectale n'est pas œdémateuse.

Le diagnostic le plus probable paraît être celui de volvulus du colon pelvien, malgré l'absence de signes rectaux.

C'est dans ces conditions que nous procédons à un examen radiologique. Sur un premier cliché sans préparation, on aperçoit une anse extrêmement dilatée que nous pensons être l'anse sigmoïde

volvulé, mais à notre grande surprise le lavement opaque donné sous faible pression, injecte le cadre colique : celui-ci encadre l'anse dilatée qui comprime le colon transverse.

Une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale est faite aussitôt. Le cœcum du volume d'une tête d'adulte portant un petit appendice turgescent jaillit hors du ventre.

L'exploration de l'abdomen montre qu'il n'existe aucune autre anse dilatée. C'est cœcum et début du colon ascendant qui ont basculé dans l'hypocondre gauche. Dans l'angle aigu ainsi constitué entre l'anse basculée et le reste du colon ascendant, se glissent deux anses grêles : la supérieure va presque directement à l'angle duodéno-jéjunal, l'inférieure se rend à l'abouchement iléo-cœcal ; tout le paquet des anses grêles s'est glissé dans la gouttière paracolique droite. Après avoir remis le grêle en place, on constate que l'axe autour duquel s'est effectué la bascule, est transversal ou légèrement oblique en bas et à gauche.

À ce niveau commence seulement l'accolement du colon droit à la paroi postérieure, accolement souligné par une bride épaisse, bande fibreuse ininterrompue qui passe ainsi en avant sur la face antérieure de l'intestin et la comprime. Après avoir abaissé le cœcum, on le ponctionne et on y glisse une petite sonde de PETZER que l'on maintient par une bourse au fil de lin. On le remet en place dans la fosse iliaque et fixe la sonde aux téguments, ce qui paraît réaliser une fixation suffisante de l'organe. On sectionne la bride colique et l'on referme la paroi aux fils de bronze.

Suites normales, sauf azotémie post-opératoire à 0 gr. 95 avec somnolence et urines rares, qui disparaît rapidement à la suite d'injections intraveineuses de sérum hypertonique. Selle spontanée le troisième jour. Le septième jour la sonde tombe spontanément. La fistule se referme rapidement, puis guérison progressive sans incident.

OBSERVATION VI

Observation de DUVAL publiée à la Société Nationale de Chirurgie et citée dans Thèse Médicale de Paris, 1930, n° 106. LANDEL.

Mme J..., âgée de 35 ans. Entrée à la clinique des O... le 11

décembre 1929. Le début remonte à cinq jours. Début brusque caractérisé par une douleur vive siégeant dans toute la partie inférieure du ventre. Puis progressivement des troubles d'occlusion intestinale apparaissent, des nausées des vomissements alimentaires, bilieux et noirâtres. L'arrêt des matières et des gaz est presque complet.

La douleur d'abord brusque, cesse, puis reprend par intervalles irréguliers. La crise douloureuse commence dans la région péri-ombilicale et aboutit dans la région appendiculaire.

L'examen fait à son arrivée à la clinique montre un ventre très ballonné. Le ballonnement siège surtout dans la région péri-ombilicale et ne présente rien de particulier, pouvant faire penser à un volvulus de l'anse sigmoïde; il n'y a pas de déformation caractéristique. Le cadre colique ne semble pas participer à cette distension.

Contractions péristaltiques nettes.

L'ensemble du ventre est douloureux à la palpation la plus minutieuse. Il n'existe pas de point plus particulièrement sensible. La fosse iliaque, la région vésiculaire, les régions rénales ne sont pas douloureuses.

Le toucher rectal et vaginal ne montre rien de particulier.

La percussion montre un ventre bien sonore. Pas de zone de matité, nulle part. La température est normale. Le pouls bat à 120 à la minute.

Devant ce syndrome d'occlusion extrêmement net, laparotomie par voie médiane sous-ombilicale. Voici le compte-rendu de l'acte opératoire :

On tombe sur des anses intestinales très dilatées qui sont repoussées vers le haut, vers le diaphragme.

Nous apercevons alors une anse colique énorme qui remplit tout le petit bassin. Il nous est impossible de dire s'il s'agit du sigmoïde ou du cæcum. Comme nous ne pouvons pas l'extérioriser, qu'elle est enclavée dans le petit bassin, qu'il est difficile de faire le tour, nous faisons une ponction avec un petit trocart de POTAIN. L'orifice est refermé en deux plans de suture séro-séreuse. L'anse

vidée des gaz qu'elle contient, il nous est plus facile de nous rendre compte des lésions.

Il s'agit du cœcum qui est complètement tordu sur lui-même, le pied du volvulus correspondant au milieu du colon ascendant. La torsion s'est faite dans le sens inverse des aiguilles d'une montre le grêle entraîné dans le mouvement a fait presque un tour et demi autour du cœcum lui-même.

Il nous est facile d'extérioriser le cœcum, de le détordre, et de nous rendre compte des lésions de ce viscère. Il est extrêmement rouge, congestionné, mais en aucun point, il n'existe de zone suspecte de sphacèle. Le cœcum est fixé à la partie inférieure de la cicatrice abdominale et nous refermons l'abdomen.

Suites opératoires : le lendemain, la malade est beaucoup mieux. mais aucun gaz n'est émis, le ventre reste ballonné. Nous attendons encore 24 heures. Comme l'amélioration ne survient pas et que par parésie intestinale, les troubles d'occlusion persistent, nous plaçons une sonde de PEZZER dans le cœcum fixé à la paroi.

Immédiatement la malade est beaucoup mieux ; dans la journée des gaz partent et des matières liquides coulent en assez grande abondance.

La sonde est enlevée le huitième jour et la fistule se referme. Le ventre redevient normal et l'alimentation est reprise. Mais comme la fistule cœco-cutanée ne se ferme pas rapidement, vers le vingtième jour, nous faisons un petit cerclage avec un fil de bronze. En quelques jours, la fistule est fermée et la malade peut se lever et quitter la clinique.

OBSERVATION VII

Monsieur D..., 58 ans, est amené à la clinique de M. le D^r GRÉPINET, à Marmande le 2 novembre 1938, vers 13 heures par son médecin traitant, avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Le début de ce syndrome a eu lieu dans le cours de la nuit précédente, vers 20 heures, marqué par l'apparition brusque de douleurs abdominales à type de coliques, avec maximum dans la

fosse iliaque droite. Le médecin appelé à ce moment n'a prescrit qu'une thérapeutique symptomatique, mais revenu le lendemain matin à 9 heures il constate qu'il existe une contracture pariétale de la fosse iliaque droite avec maximum douloureux dans la zone du point de M. BURNEY.

Il pose le diagnostic d'appendicite aiguë avec réaction péritonéale nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence.

A l'examen : l'abdomen est plat, ne présente aucune voussure localisée et ne respire pas ; la partie gauche de la paroi se laisse assez bien déprimer à la palpation ; à droite, au contraire, existe une contracture qui est maxima dans la fosse iliaque.

A ce niveau, en effet, au classique point de Mac BURNEY en particulier, la douleur provoquée est très vive et la paroi est de bois. Cette douleur est augmentée par la pression à gauche, sur le colon. La matité hépatique est conservée. Le toucher montre que le Douglas est souple et ne provoque pas de douleur. La température est à 40. Le pouls à 120, petit. La langue est très saburrale mais un peu sèche.

En présence de ce syndrome, le docteur GRÉPINET pose également le diagnostic d'appendicite aiguë grave, avec réaction péritonéale et décide d'opérer immédiatement, sous anesthésie locale, étant donné l'état pulmonaire du malade (M. D... avait à ce moment une poussée de bronchite aiguë).

Incision iliaque droite ; dissociation des muscles petit oblique et transverse. Dès l'ouverture du péritoine s'écoule un liquide louche assez abondant. Sous l'influence de la poussée abdominale, les anses grêles font issue à travers la plaie ; elles sont saines ; on les refoule dans le ventre, à la recherche du cœcum et de l'appendice. L'exploration de la fosse iliaque au travers de l'incision montre qu'elle est vide et ne contient pas le cœcum.

On doit à ce moment, recourir à l'anesthésie générale du malade, car il gémit, pousse et gêne considérablement l'opérateur. On agrandit l'incision vers le haut et le doigt introduit dans la cavité péritonéale, perçoit par-dessus le colon ascendant, une masse de consistance élastique, sorte de poche gazeuse que l'on reconnaît être le cœcum.

Le doigt par un mouvement de bascule, le ramène aisément dans la plaie : son pôle inféro-externe est complètement gangréné, noir, très aminci, sur la surface d'une paume de main.

L'appendice sain est laissé en place ; le cœcum est largement extériorisé et suturé avec soin au péritoine pariétal ; une mèche iodoformée est interposée entre le cœcum sphacélé et les lèvres de la plaie. Les suites immédiates de l'intervention sont bonnes, la température descend, l'état général s'améliore, le ventre devient souple.

Au bout de 48 heures, un débridement au galvano-cautère permet l'issue des gaz au travers de la paroi cœcale gangrénée qui se flétrit et s'élimine au bout de 7 à 8 jours, faisant place à une large fistule par où passe la quasi-totalité des matières.

L'état général de l'opéré reste malgré tout médiocre. L'examen révèle des foyers de congestion pulmonaire subaiguë tenace. (Un examen radiologique pratiqué plusieurs mois plus tard montrera des lésions diffuses de tuberculose fibreuse.)

La température reste pendant trois semaines aux environs de 38°5, puis s'abaisse lentement pour redevenir normale. La fistule fécale fonctionne pratiquement comme un anus à dérivation totale. Le malade ne présente que de loin en loin une selle par l'anus.

Au début de janvier 1939 son état général s'est sensiblement amélioré.

Le 10 janvier 1939, le Docteur GRÉPINET pratique sous-anesthésie locale une iléo-transversostomie termino-latérale.

Les suites opératoires sont favorables. L'issue des matières par la fistule cœcale cesse dès le surlendemain pour ne laisser place qu'à un suintement.

Au bout de quelques jours, on procède au moyen d'un crayon de nitrate d'argent à la cautérisation de la muqueuse cœcale ectroplonnée et à l'avivement des bords de la plaie. Celle-ci se cicatrise progressivement. Il ne persiste qu'un pertuis insignifiant au moment où la malade quitte la clinique.

OBSERVATION VIII

Madame T..., âgée de 52 ans. Entrée à l'hôpital de Gonesse (S.et-O.) le mardi matin 9 décembre 1941. Le médecin appelé d'urgence à 5 heures du matin a fait le diagnostic de perforation d'ulcère de l'estomac et l'a fait transporter d'urgence à l'hôpital.

Cette crise douloureuse survient brutalement à 5 heures du matin, sans aucun prodrome ni la veille, ni les jours précédents.

A noter les antécédents digestifs chez cette malade : hypogastre effondré, cœcum gargouillant et ballant, estomac ptosé, diarrhée quotidienne ou bi-quotidienne.

Le tout a été bien amélioré il y a deux ans par un régime alimentaire approprié, le repos et le port d'une ceinture pour ptose de l'estomac.

Le 9 au matin à son arrivée à l'hôpital : la crise douloureuse persiste mais moins forte, siégeant dans la région épigastrique et dans l'hypocondre gauche. Ventre non ballonné. Pas d'arrêt de gaz ni de matière. Pas de vomissement.

Pouls à 70. Température à 36°9.

Devant ces symptômes, nous préférons attendre.

Le 10 décembre. — Pas de changement. La malade a encore quelques coliques et quelques nausées. Le pouls est toujours à 70 et la température est à 37°8.

Le 11 décembre. — Arrêt des gaz et des matières.

Pouls petit à 70.

Température 37°5.

Dans l'après-midi : vomissements alimentaires.

Ventre légèrement ballonné. Pas de contractions péristaltiques.

Lavage baryté sous écran. La drogue monte rapidement dans le cadre colique dont le calibre apparaît quelque peu uniforme, et s'arrête net dans la région cœcale. Manque de dilatation du cœcum, ce qui prouve que la drogue n'a pas été jusqu'au fond du sac cœcal.

Mais notre attention est attirée surtout par une image claire

ovalaire de la dimension et à la place de l'estomac. Nous ne pensons pas du tout à une anse dilatée, car le volume est assez important. Il ne s'agit pas non plus de l'estomac, car cet organe est vide.

Intervention immédiate. — Nous constatons :

1) une occlusion par bride dans la région iléale terminale, bride venant d'une intervention pour kyste de l'ovaire gauche il y a quinze ans;

2) volvulus du grêle ayant basculé en bas dans le petit bassin et à droite dans la fosse iliaque, à la place du cœcum;

3) volvulus du cœco-ascendant ayant monté en haut et à gauche, le fond cœcal en l'air. C'est ce cœcum distendu, violacé — pris à l'examen scopique pour l'estomac — qui est complètement tordu sur lui-même. La torsion s'est faite dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Détorsion et remise en place du cœcum.

Les suites sont normales mais la diarrhée persiste toujours.

Le 30 décembre 1941, la malade a subi une deuxième intervention, au cours de laquelle, nous avons fait une cœco-colectomie avec iléo-transversostomie termino-terminale.

Elle est sortie le 19 janvier, avec toujours une diarrhée persistante.

SYMPTOMATOLOGIE

S'il est exact que le volvulus du cœcum survient sans prodrome chez des sujets normaux, il est plus exact de reconnaître que dans l'histoire des malades, il y a un passé intestinal. Une fois sur deux, d'après les recherches de PENTHER, deux fois sur trois, pour GATELLIER, MOUTIER et PORCHER, il y a des antécédents francs : constipation opiniâtre, coliques cœcales, et débâcles intermittentes.

Il ne sera pas rare de retrouver sous ces diverses formes, une période prodromique qui peut durer plus ou moins longtemps. Dans un cas de WILLARD, elle aurait duré vingt ans.

Pendant cette période prodromique, le volvulus se prépare. Quand il se constitue l'apparition se manifeste par *une douleur*.

C'est une douleur très vive qui atteint d'emblée son maximum. C'est une sensation atroce de torsion, de striction.

Cette douleur n'est presque jamais iliaque droite (sauf un cas de LENORMANT) mais elle est ombilicale, péri-ombilicale gauche, sur le bord externe du grand droit gauche, dans l'hypocondre gauche, sous les fausses côtes, voire même dans la fosse iliaque gauche.

C'est une douleur paroxystique laissant par moments des périodes de repos et d'accalmie. Elle peut être calmée par les changements d'attitude.

Les vomissements apparaissent habituellement tout de suite après la crise douloureuse. Ils sont donc précoces, fréquents, abondants, d'abord bilieux, puis tardivement et rarement fécaloïdes.

Parfois ces vomissements font défaut et n'apparaissent que vers le deuxième ou le troisième jour.

L'arrêt des gaz et des matières est absolu. Il y a parfois des exceptions.

SIGNES GÉNÉRAUX.

Le pouls est un peu accéléré. La température reste normale. Au début l'état général paraît bon.

SIGNES PHYSIQUES.

Durant la période qui s'étend sur les 48 premières heures les signes physiques sont importants à rechercher.

D'abord le météorisme. — Dans le volvulus du cœcum plus que dans tout autre variété d'occlusion intestinale le signe de VON WAHL est plus net : météorisme localisé, oblique ou transversale, plus souvent globuleux, central, péri-ombilical à maximum sus ou sous-ombilical pouvant dessiner une asymétrie du ventre.

Péristaltisme. — D'après RUTKOWSKI le péristaltisme ne s'observe que dans 5 % des cas.

La palpation est d'un grand intérêt. Elle nous renseigne sur l'existence d'une contracture modérée de la paroi abdominale, mais surtout la présence d'une masse plus ou moins volumineuse, ovoïde, rénitente, peu mobile transversalement, douloureuse à son pédicule.

La percussion permet de noter une sonorité tympanique au niveau du ballonnement.

Evolution. — Après 48 heures, si le diagnostic n'a pas été fait, survient une phase de rémission et de sédation qui correspond à l'accalmie traîtresse. La mort survient semblable à toutes les occlusions intestinales.

A côté de cette forme aiguë, il existe une forme chronique de volvulus du cæcum.

Il est rare que la maladie se révèle brutalement par une occlusion intestinale aiguë d'emblée.

Il s'agit plutôt de malades habituellement constipés et présentant de plus en plus des crises coliques qui vont en se rapprochant et en augmentant de durée.

La crise se manifeste par :

1) des douleurs vives dans l'hypocondre droit, avec sensation de distension abdominale à ce niveau.

Cette douleur brusque n'est pas régulière. Elle procède par paroxysmes coupés de périodes d'accalmie relative.

Il y a des phénomènes de nausées. Le pouls est accéléré, le visage altéré et anxieux, la circulation des gaz est interrompue, bien que les contractions intestinales sollicitent le malade à leur émission.

Ce syndrome dure une heure, ou une demi-journée, ou plus encore. Souvent le malade a remarqué qu'un changement de position fait disparaître la crise.

Quoi qu'il en soit, survient brusquement la détente avec disparition de la douleur, des nausées, des ballonnements. Le malade sent filtrer les gaz dans le colon, et bientôt émet des matières abondantes liquides extrêmement fétides. Telles sont les descriptions classiques de la forme chronique du volvulus du cæcum.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est difficile. Souvent on s'en tient à un diagnostic d'occlusion intestinale.

Dans les volvulus incomplets, chroniques c'est l'ectopie cœcale, qui est la base de toutes les erreurs de diagnostic. Cholécystite, kyste de l'ovaire, tumeur rénale, tumeur du mésentère, knste du pancréas, appendicite rétro-cœcale, etc... tous ces diagnostics ont été discutés.

Seule, la radiographie permet une réponse exacte. Elle doit être pratiquée dans tous les cas douteux, qui nous permet de ne pas passer à côté d'un volvulus du cœcum.

RADIOLOGIE

La radiologie présente un intérêt capital; elle peut nous fournir des renseignements précieux pour le diagnostic de volvulus du cœcum. GATELLIER a pu retrouver dans la lecture des radiographies tout ce que les auteurs anciens avaient décrit ou schématisé.

L'examen radiologique doit être fait par voie haute et par voie basse. Le plus souvent le sujet a été examiné par voie haute. Plusieurs heures après, on revoit le malade et on note :

1) une fosse iliaque droite déshabitée par le cœcum;

2) un abouchement anormal de la dernière anse iléale;

3) un fond cœcal qui « regarde en l'air » en position sous-transversaire ou latéro-colique externe.

Il faut compléter ces renseignements par un examen par voie basse. On constate alors :

a) la présence possible d'un dolicolon pelvien développé à droite et qui refoule le cœcum et une partie du colon ascendant (« volvulus d'attitude » par compression);

b) le cheminement du lavement opaque dans un dolicolon droit dont les anses se superposent les unes aux autres, donnent finalement une image qui resterait incompréhensible si l'examen à l'écran n'avait pas été minutieux et ininterrompu.

Renversons la proposition et admettons qu'il s'agisse d'un malade chez lequel l'examen par lavement a été fait d'emblée et nous a permis de penser à un volvulus cœco-colique. Quels renseignements obtenons-nous ?

1) la visibilité de la dernière anse grêle dans le cas où la valvule de BAUHIN ne s'est point laissée forcer;

2) le degré de mobilité du segment colique anormalement situé, mobilité dont la recherche est douloureuse et inopérante lors du lavement;

3 le degré de stase de la drogue dans le cœcum infléchi et tordu.

Les différents stades des investigations radiologiques conduites sans idées préconçues et aboutissant à la découverte d'un volvulus colo-cœcal ignoré, il nous paraît important d'analyser et de préciser les signes radiologiques directs qui sont d'abord :

A. — LES SIGNES CŒCO-COLIQUES

Le fond cœcal n'est plus au point déclive normal, alors que le fond cœcal normal regarde en bas. La fosse iliaque droit ou bien ne contient plus de gros intestin, ou bien contient un segment colique qui n'est pas le cœcum.

Les incisures transversales sont devenues plus ou moins obliques nous renseignant sur les modifications de l'axe longitudinal cœco-colique. Les contours de l'anse déclive présente une grande netteté. C'est la charnière de flexion.

B. — LES SIGNES ILÉAUX

Admettre en principe (GATELLIER) que chaque fois que l'iléon terminal ne se projette pas en dedans du colon ascendant, quels que soient l'angle iléo-colique et l'angle iléo-cœcal, il y a volvulus du cœcum.

Normalement la dernière anse grêle émerge du petit bassin et monte verticalement vers le cæcum; l'angle iléo-cæcal est très fermé, l'angle iléo-colique largement ouvert.

Lorsqu'un processus inflammatoire quelconque vient fixer en situation haute la dernière anse iléale, c'est le phénomène inverse qui se passe : l'angle iléo-colique se ferme, alors que l'angle iléo-cæcal est très ouvert. Mais lorsque le grêle terminal semble prolonger l'axe du cæco-colon droit (abouchement postérieur ou antérieur) lorsqu'il vient en dehors (abouchement externe) il y a et de façon indiscutable, un volvulus, une torsion du cæcum sur son axe longitudinal.

Causes d'erreur.

Eviter de prendre pour un volvulus cæcal, l'angle sous-hépatique avec dolichocolon transverse droit abaissé simulant un colon droit.

Penser qu'à l'inverse des dolicho-colons, il existe des colons courts et que dans ces cas, la fosse iliaque peut être déshabitée, sans qu'il y ait aucune autre anomalie qu'une brièveté du colon droit (GATELLIER). Se souvenir que l'invagination intestinale, type iléo-cæco-colique réalise aussi le vide de la fosse iliaque droite. Ne pas oublier que tout développement anormal d'un organe pelvien vers la fosse iliaque droite, en chasse le cæcum réalisant ainsi un volvulus d'attitude plus ou moins intermittent et fonction du maintien de la compression.

TRAITEMENT

VOLVULUS AIGU.

Comme dans les volvulus pelviens, toute intervention palliative (anus cœcal, entérostomie sur l'iléon) serait désastreuse. C'est une intervention curatrice qu'il faut.

Deux méthodes s'offrent au chirurgien :

I) La détorsion, à condition que la vitalité de l'intestin reste intacte, les vaisseaux et le méso également intacts.

II) Lorsque l'intestin détordu reste très suspect, à *fortiori* s'il est sphacélé ou perforé, lorsque les manœuvres de détorsion ont été assez traumatisantes pour déchirer ou faire éclater l'anse cœcale, c'est à la résection qu'il faut avoir recours.

VOLVULUS CHRONIQUE.

Ici encore deux méthodes sont possibles :

a) une intervention réparatrice comportant l'appendicectomie, la libération des brides, « la reposition » iliaque du cœcum avec cœcopexie au tendon du petit psoas;

b) une intervention radicale : hémicolectomie droite avec iléo-transversostomie.

CONCLUSION

Au terme de ce modeste travail, que devons-nous conclure ?

a) Que la variété commune de volvulus du cœcum, c'est : cœcum + partie terminale de l'iléon + une grande partie du colon ascendant.

b) Que le diagnostic est toujours difficile car la symptomatologie est souvent peu nette. Le diagnostic vrai ne se fait d'habitude qu'à l'intervention.

c) Que le pronostic est grave, même si l'on intervient à temps; car le cœcum surdistendu est un foyer redoutable d'infection locale du péritoine par transudation, et d'intoxication générale, par résorption massive des toxines hypervirulentes; ceci sans compter les lésions macroscopiques de la paroi intestinale ou du méso.

d) Que la radiologie, à l'époque actuelle apporte une aide précieuse. « A l'heure actuelle je ne conçois plus la chirurgie abdominale d'urgence privée du secours de la radiographie sans préparation », ainsi s'exprimait MOULONGUET à la séance du 21 avril 1937, de l'Académie de Chirurgie, dans son rapport sur le diagnostic radiographique d'une occlusion intestinale aiguë, à propos de l'observation d'occlusion intestinale par volvulus du cœcum envoyée par MM. SICARD et MALGRAS.

e) Enfin que le traitement ne sera jamais palliatif.

Vu, le Doyen :

BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :

SENEQUE

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- BARDOU et GANDY. — Volvulus du cœcum et du colon ascendant. (*Jour. de Médecine de Bordeaux*, an XCV, n° 23, 25 nov. 1923).
- BARBILIAN. — Un cas de volvulus du cœcum. Rapport de M. Rouhier in : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 6 juin 1934, n° 20, tome LX, p. 824.
- BARDOU et GANDY. — Volvulus du cœcum et du colon ascendant. in : *J. de Chirurgie*, 1924, tome XXIII, p. 199.
- BANDSCHUH (Fribourg). — A propos du volvulus du gros intestin. (*Beiträge zur Chirurgie*, t. LXXXV, fasc. I, 1913, page 91 à 115).
- BOURDONNET. — Cœcum inversé. (*Thèse Médicale de Paris*, 1935, n° 29).
- CAILLARD (P.). — Volvulus du cœcum et du colon droit. Diagnostic radiographique. (*Thèse Médicale*, Paris 1939, n° 502).
- CAVAILLON (P.) et DELBOVE (E.). — Le volvulus du cœcum. Etude clinique et thérapeutique. (*Revue de gynéco. et de chir. abdo.*, 1906-7 février, n° 1, page 53 à p. 100; in : *Presse Médicale*, 1906, p. 192).
- DELANNOY. — Les altérations du colon droit et la constitution cœcale. (*Thèse*, Lille 1919, n° 45).
- DELVOYE (E.). — Volvulus du cœcum. (*Thèse*, Lyon 1905).
- GATELLIER (J.), MOUTIER (F.) et PORCHER (P.). — Les volvulus du cœcum. (*Archives des mal. de l'app. digestif*, t. XXI, n° 1, janv. 1931, p. 20-24).

- GATELLIER et RUDLER. — Encyclopédie médico-chirurgicale (estomac-intestin). Colon droit volvulus du cœcum. Edition 1936.
- GATELLIER et HUSSENSTEIN. — Un cas de volvulus du œ. perforé. (*Soc. anat. de Paris*. Séance du 5 juillet 1928; in : *Annales d'anato-pathol.*, t. V, n° 7, 1928, p. 812).
- GATELLIER et PADOVAN. — Un cas de volvulus du œ. (*Soc. anat. de Paris*. Séance du 5 juillet 1928; in : *Annales d'Anat. patho.*, 1928, t. V, n° 7, p. 811).
- GROVALLE. — Contribution à l'étude du vol. du œ. (*Thèse*. Paris 1912, n° 234).
- GAYET et LAROYENNE. — Occlusion post-opé. par volvulus du œ. (*Société de Chir. de Lyon*, 21 déc. 1911; in : *Revue de Chir.*, 1911, tome XI, p. 675).
- LENORMANT. — Le vol. du œ. (23^e Congrès de Chir., oct. 1910; in : *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, p. 380).
- LANDEL. — Contribution à l'étude du volvulus du cœcum. (*Thèse*. Paris 1930).
- LAGOUTTE. — Un cas de volvulus du cœcum du colon asc. et de la dernière partie de l'iléon. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 17 février 1910).
- LENORMANT. — Volvulus du cœcum. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. LV, n° 7, 2 mars 1929).
- MARTIN. — A propos d'un cas de volvulus aigu du cœcum avec gangrène. (*Thèse*, Paris 1939, n° 153).
- MONDOR. — Diagnostics urgents. Masson Edit., 1933, p. 772.
- MONTI. — Volvulus du œ. par migration de la rate. (*Bull. delle Scienze mediche*, 1911, an XLII, série IX, t. IX, fasc. 5-9, p. 194-199; *J. de Chir.*, 1921, t. XIX, p. 635).
- MÉRIEL (E.). — Affection chirurgicale du gros intestin. Gros intestin. (*Patho. Chir.*, tome XXXVII).
- MAZET. — Torsion du gros intestin. (Lyon, *Thèse Méd.*, 1912-1913, n° 9).
- ORBAN. — A propos du volvulus du cœcum. in : *Annales de la Soc. de Méd. et de Chir. de Liège*, 1935, p. 139.

- PASCALIS (G.). — Contribution à l'étude du colon mobile. Appendicite et volvulus œcal. (*Presse Méd.*, 1929, n° 97, p. 15-18).
- PATHEY. — Cœ. mobile. (*Soc. de Méd. de Genève*, 25 janvier 1912 : in : *La Presse Méd.*, 1917, n° 37, p. 100).
- PENTHER. — Contrib. à l'étude du volv. du cœ. et son traitement. (*Thèse*, Paris 1923, n° 104).
- PYE SMITH (Sheffield). — Un cas de volvulus du cœcum et du colon asc. (*The Lancet*, t. CLXXIV, n° 4535, 30 juillet 1910, p. 302-304 ; in : *J. de chir.*, t. V, p. 443).
- QUÉNU. — Volvulus du cœcum. (*Société de Chir. de Paris*, 27 juin 1906 ; in : *Presse Médicale*, 1906, n° 52, p. 418).
- RENAUD (Marcel-Francis). — Cœcum. Torsion aiguë. (Bordeaux. *Thèse Méd.*, 1922-1923, n° 6).
- RIESE. — Volvulus de l'iléon et du cœcum par gangrène. In : *Revue de Chir.*, 1912, T. XLV, p. 526).
- SANTY et DUNEL (Ch.). — Volvulus du cœcum. (*Soc. Nat. de Méd. et des Sciences Méd. de Lyon*, 8 juin 1921 ; in : *Presse Méd.*, 1921, n° 49, p. 490).
- SEEFISCH. — Volvulus du colon ascendant. In : *Revue de Chir.*, 1906, t. XXXVIII, p. 185).
- VIANNAY. — Un cas de volv. du cœcum. (*La Loire Méd.*, an XXXVIII, n° 12, 1924, p. 621-625 ; in : *J. de Chir.*, 1925, t. XXVI, p. 554).
-

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S
